SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 10 y 18 minutos)

La Comisión de Salud Pública integrada con la de Hacienda tiene el gusto de recibir a integrantes del Directorio Honorario de la Caja Notarial del Uruguay, quienes desean realizar algunas puntualizaciones sobre el proyecto de ley a través del cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, que está a estudio de este Cuerpo.

Por tanto, le cedemos el uso de la palabra para que hagan vuestra exposición.

SEÑOR BERGONZONI.- Antes que nada, quiero informar a los miembros de esta Comisión que integro el Directorio de la Caja Notarial de Seguridad Social en representación del Poder Ejecutivo. También me acompañan las escribanas Carina Curci, representante de los activos en el Directorio de la Caja, María Haydée Cázeres, Directora Secretaria y Lydia López, representante de la Comisión Directiva de la Asociación de Escribanos del Uruguay.

El proyecto de ley sobre la reforma en la salud ha generado preocupación en el colectivo notarial por la eventual afectación que pudiera tener sobre el Sistema Notarial de Salud -que es una prestación que se viene brindando desde hace 20 años- dado que está incluida en los beneficios que brinda la Caja Notarial.

En nuestra calidad de representantes del Poder Ejecutivo, en el último informe elevado al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social -del que dependemos directamente- manifestamos nuestra preocupación acerca de que la afectación pudiera significar un incremento muy considerable en los aportes correspondientes. Por supuesto que ya no seríamos administradores directos del Fondo y cambiaría -y este es el punto más importante- la calidad de prestación a la que estamos habituados y acostumbrados desde hace 20 años. Además, constantes y sucesivas encuestas -la última muy reciente- revelan la conformidad del colectivo sobre esta prestación. Teniendo en cuenta esta preocupación, nuestros primeros pasos se encaminaron al Ministerio de Salud Pública, donde hace muy poco tiempo fuimos recibidos por el Director General de Salud. El contador Olesker nos tranquilizó al decirnos que, por el momento y en esta etapa en que se encuentra a estudio el Sistema Nacional integrado de Salud, los seguros como el de la Caja Notarial -no solo el nuestro, sino también muchos otros que existen bajo la forma de Cajas de Auxilios y sistemas gremiales de Salud- no están comprendidos. Agregó que, a su juicio, recién después de tres años -por lo que, incluso, se estaría hablando de un tiempo fuera de este período de Gobierno- comenzarían a analizarse situaciones similares a la nuestra, a través de una negociación directa con cada uno de los involucrados.

No obstante estas afirmaciones del contador Olesker, debemos decir que nuestra preocupación subsiste porque, en definitiva, el proyecto de ley está en manos del Parlamento. Hemos venido a este ámbito para confirmar esa tranquilidad que, de alguna forma, nos han trasmitido las palabras del Director General de Salud, y también ante la eventualidad de que fuera necesario introducir algún texto o artículo concreto que dejara más en claro la situación de nuestro Sistema Notarial de Salud.

SEÑOR MICHELINI.- Quisiera saber si los representantes de la Caja Notarial han encontrado en el proyecto de ley algunos artículos que pudieran afectar esa tranquilidad que les fuera trasmitida por el contador Olesker.

De la misma manera, me gustaría saber si se considera que habría que agregar una palabra o frase en alguna disposición, en aras de una mayor claridad.

SEÑOR BERGONZONI.- El contador Olesker nos dijo que si se hubiera querido incluir este tipo de sistemas de salud, se habría dicho a texto expreso en el articulado del proyecto de ley. Efectivamente, eso no se hizo, pero la realidad es que tampoco está incluido a texto expreso que no están comprendidos.

Por otra parte, no hemos pensado ni elaborado ningún tipo de modificación para introducir en esta iniciativa. Simplemente, queríamos venir al Parlamento para escuchar la opinión de los señores Senadores sobre este tipo de seguros, sabiendo también -como hemos dicho antes- que no es el único, ya que incluso el propio contador Olesker mencionó en su oportunidad otros sistemas similares, como por ejemplo, el del Banco Central, el de los tabacaleros y, en fin, el de muchos otros gremios que tienen ese tipo de seguro de salud.

En cuanto al Sistema Notarial de Salud, reitero que tiene casi veinte años de vigencia y, en este sentido, hemos adjuntado a un repartido que trajimos todos los antecedentes en esta materia, o sea, cuál es la situación actual, cómo se maneja, qué incluye y qué alcance tiene.

En definitiva, esta es nuestra preocupación. Repito que la entrevista mantenida con el Director General de Salud nos ha dado, de alguna manera, tranquilidad, pero es en el ámbito parlamentario donde se definirá el texto final del proyecto de ley.

Ahora, cedo la palabra a mis compañeras de Directorio y de la Asociación de Escribanos, para que complementen esta primera intervención que estamos realizando.

SEÑORA CURCI.- Soy representante del Directorio de la Caja de los Afiliados Activos y su Tesorera.

Quiero comentarles -tal como consta en el repartido- que el Directorio de la Caja Notarial, la Asociación de Escribanos y nuestro gremio, comparten en su totalidad la filosofía del proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es más, hemos señalado en el repartido que nuestro Fondo Notarial de Salud cumple desde su formación con el propósito de lo proyectado, porque nuestra prestación a nivel de la Caja es de acceso universal, es solidaria y cumple con los principios de equidad, ya que cada escribano aporta un porcentaje. Actualmente, el 15% de los escribanos activos realiza el 80% del trabajo notarial, de manera que por medio de este Fondo -que significa un 3%- todos los escribanos recibimos la misma prestación, por lo que es solidario y cumple muy bien las funciones que el proyecto de ley tiene. De todas formas, falta aclarar en el texto legal -obviamente, teniendo en cuenta las palabras del economista señor Olesker, con quien tuvimos una entrevista- que las Cajas de Auxilio o los Fondos ya existentes -por lo menos, esa es la interpretación de nuestra Asesoría Letrada- puedan quedar integrados de una manera particular o subsistir en el texto legal. Esta sería una modificación que estaríamos solicitando.

Sabemos que existe voluntad política de que las Cajas de Auxilio subsistan, pero para nosotros no es lo que el proyecto de ley establece. Quizás, por deformación profesional, queremos que todo esté claro y, repito, esta sería una de las solicitudes que tenemos para formulares.

SEÑORA CAZERES.- Soy escribana, representante del sector de los pasivos y Directora Secretaria de la Caja Notarial. Quiero señalar que dentro de los afiliados a la Caja Notarial, somos los que estamos más preocupados -si bien todos los integrantes de la Caja Notarial lo están- porque, sin duda, como grupo de afiliados, que hace muchos años apostaron a un sistema y son prisioneros de él, les resulta sumamente difícil pensar en un cambio radical. Y sería un cambio radical si no sólo perdurara la forma legal de vigencia del Sistema Notarial de Salud en la forma que está estructurado actualmente, sino también si el Sistema Nacional Integrado de Salud impactara en alguno de sus principales prestadores de salud. Nosotros no brindamos directamente el servicio de salud -es un sistema que financiamos y administramos- sino que contratamos los prestadores de servicio.

A su vez, esos prestadores de servicio, nos han hecho saber que ellos, al igual que nosotros, también tienen dos canales. Por un lado, lo que el economista Olesker nos manifiesta a ambos y, por otro, lo que la letra concreta del proyecto de ley especifica. En cuanto a la letra concreta, nuestros asesores jurídicos nos han informado que tal como está la disposición legal, no están excluidos ni las Cajas de Auxilio ni los Sistemas como el nuestro. A su vez, hay disposiciones que hacen que nuestros prestadores de servicio no se vean con las condiciones necesarias para formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud. Nuestro prestador de servicios -no nos gusta hablar de casos particulares, pero todos sabemos que en este caso estamos hablando del Hospital Británico- va a presentar una propuesta de reforma del articulado junto con quienes integran la Cámara de Prestadores de Servicios. Les pido disculpas si en esta materia utilizo alguna expresión que no es correcta, porque no conozco el nombre exactamente, pero sabemos que ellos han hecho un análisis

profundo del proyecto de ley para proponer las modificaciones que considerarían necesarias, a efectos de que no se entorpezca su funcionamiento.

SEÑOR MICHELINI.- Por supuesto, siempre se puede incluir la aclaración a texto expreso, pero, de acuerdo con el artículo 9º del proyecto -si bien va a tener una redacción diferente, el espíritu va a ser el mismo- quienes integran el Servicio Nacional de Salud son las entidades públicas y las referidas en la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005, que es la de Presupuesto. Hasta donde sé, en esa ley ustedes no estaban incluidos.

Es cierto que ustedes contratan prestadores de salud y algunos de ellos pueden integrar el Sistema, pero el artículo 37 -más allá de que se va a cambiar la redacción, en este caso también el espíritu va a ser el mismo- establece que cuando se contrata a los prestadores, el Ministerio y la Junta van a realizar un control para que los servicios de salud que se contratan realmente se presten. Obviamente, es la autoridad sanitaria quien tiene que controlar que el servicio se brinde en las condiciones establecidas y, a la vez, que las empresas prestadoras no contraten con alguien que no esté solvente para pagar, porque todos sabemos que estamos hablando de servicios muy caros.

En definitiva, de ninguna manera se excluye la posibilidad de que ustedes puedan contratar, porque además en ese caso estaríamos quitando recursos al sistema, y el artículo 9º, insisto, no los incluye, lo que no quiere decir que en el futuro no haya una discusión puntual al respecto. Naturalmente que siempre se puede realizar la aclaración a texto expreso, pero en este caso se optó por decir quiénes están, porque entre los que no están incluidos puede haber una infinidad de posibilidades y se podría incurrir en alguna omisión.

SEÑOR VAILLANT.- Tengo una duda en cuanto al fondo de vuestra preocupación.

Se me ocurre que ustedes están planteando este problema porque están preocupados por cómo van a seguir aportando y qué servicios van a continuar teniendo. Supongo que están pensando que ustedes tienen un seguro que les da una cobertura especial y diferenciada con respecto a otros sectores de la sociedad -porque ustedes mismos se lo han financiado, como ocurre en tantos otros casos- y sienten que ahora, al estar incluidos entre los beneficiarios del seguro, van a estar incluidos también entre quienes van a tener que aportar al sistema, en un régimen solidario que entiende la solidaridad como referida no a un pequeño reducto de iguales, sino a los 3.200.000 habitantes.

Creo que puede entenderse fácilmente que si implementáramos un sistema en el que quienes tienen la posibilidad de valerse por sí mismos para una mejor atención de su salud, pudieran tener su propia opción y quedar excluidos del sistema general, quienes financiarían el sistema general serían los que menos recursos tienen y entonces el sistema sería absolutamente caótico, desastroso, ineficiente e inequitativo. En realidad, no percibo que esto afecte para nada el seguro en su existencia, en tanto lo que ustedes hacen es administrar, con recursos de vuestros afiliados, un sistema propio que contratan con distintas instituciones, como lo puede hacer privadamente una persona si quisiera. Por supuesto que con este sistema, en la etapa en que corresponda, dicha persona -al igual que ustedes- será incorporada a los aportes, al financiamiento del sistema en su conjunto y, como consecuencia de ello, tendrá la posibilidad de elegir cualquiera de las instituciones que brinden prestaciones integrales. Si por encima de eso ustedes quieren seguir manteniendo una cobertura especial, con sala privada, etcétera, lo pueden seguir haciendo, porque nada de eso está impedido. El proyecto de ley determina cuáles son los beneficiarios, cómo se financia y quiénes son las instituciones que pueden prestar los servicios que, como se sabe, son aquellas que brindan servicios integrales.

En el fondo, percibo que vuestra preocupación fundamental es cómo va a continuar financiándose el seguro que ustedes tienen, porque parecería lógico que una cantidad importante de sus afiliados, al tener que aportar al otro sistema, pueden no querer continuar con el seguro particular.

SEÑORA LOPEZ.- Pero eso está aprobado por ley.

SEÑOR VAILLANT.- Por ende, implicaría una doble aportación legal: la participación obligatoria en el sistema que estamos instrumentando, sin que se les quite la de seguir en el otro. Estarían obligados a aportar en dos sistemas. ¿Es así?

SEÑORA LOPEZ.- Exactamente, señor Senador.

SEÑOR ANTIA.- Quiero saber si el seguro de la Caja Notarial está habilitado o autorizado por el Ministerio de Salud Pública y por ley.

SEÑOR BERGONZONI.- Está previsto en la Carta Orgánica de la Caja Notarial. El Sistema Notarial de Salud es uno de los dos Fondos que funcionan dentro de la estructura de la Caja Notarial; el otro, es el de pasividades.

SEÑOR ANTIA.- Me interesaría saber cuántos usuarios tiene la Caja Notarial, entre funcionarios y profesionales. También quisiera conocer si la preocupación que ustedes tienen se debe a que están enterados de que, quizás, las instituciones con las que ustedes contratan no están incluidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Por lo que acaban de manifestar, ustedes contratan con el Hospital Británico que, si no me equivoco, no está incluido en el Sistema. ¿Quieren saber qué es lo que pasa en ese caso?

SEÑOR BERGONZONI.- Los usuarios son 8.000. El colectivo de la Caja Notarial está formado primordialmente por escribanos, pero también por empleados de escribanía, empleados de la propia Caja, y empleados de la Asociación de Escribanos del Uruguay. Este es el colectivo afiliado a la Caja Notarial y, en su gran mayoría, queda incluido en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La intervención del señor Senador Michelini se orienta en la misma dirección que la respuesta que nos dio el economista Olesker, lo que nos da la tranquilidad de que, por lo menos en esta etapa, el Sistema Notarial de Salud -al igual que otros, porque no es el único- no estaría comprendido; lo estarán todos aquellos que aportan al Banco de Previsión Social, lo que obviamente nosotros no hacemos, ya que aportamos a nuestra Caja.

Nuestra preocupación radica en lo que manifestaba el señor Senador Vaillant. ¿Qué pasa? Las bases de la reforma de la salud, de este Sistema Nacional Integrado de Salud, consisten en un aporte del 6% a un fondo administrado por un organismo a determinar, y cada usuario podrá concurrir a los prestadores de salud inscriptos a esos efectos. La preocupación inicial con este sistema es que nos duplicaría la aportación, que hoy es del 3% y pasaría al 6%. Inclusive, planteamos la duda acerca de la forma en que aportarían ese 6% los profesionales universitarios en general, ante lo cual se nos señaló que la respuesta la daría, oportunamente, el Ministerio de Economía y Finanzas. A su vez, nosotros aportamos a un Fondo que también administramos.

El colectivo, a través de elecciones, escoge al Directorio de la Caja que, en definitiva, es el que administra los Fondos de Pasividad y de Salud. Por lo tanto, insisto, hay una administración directa de parte del propio colectivo; con el nuevo sistema perderíamos esa inmediatez, en tanto habría una administración más general.

Por otro lado, tememos perder un tipo de prestación que hoy tiene la aceptación general del colectivo, siendo calificada como de buena calidad y condiciones, independientemente del prestador, ya que hasta ahora lo ha venido siendo el Hospital Británico, pero cada tanto se evalúa la posibilidad de continuar o cambiar. En caso de pasar al otro sistema, cada uno de los integrantes -no dependientes del Fondo Nacional Integrado de Salud- tendrían la opción de pasar a alguno de los prestadores que estuvieran en la nómina, lo que evidentemente podría ocasionar una conmoción muy grande en un colectivo que, desde hace veinte años, cuenta con una prestación de salud conocida y aceptada en términos generales.

En síntesis, estas son las preocupaciones que teníamos y que mantenemos. Como bien decía la escribana Curci, compartimos -y más en nuestra calidad de representante del Poder Ejecutivo- los loables propósitos de esta reforma de la salud, pero debemos atender la preocupación del gremio -más allá de que en este momento no se tiene mucho conocimiento de las repercusiones que esto tendrá- puesto que además está todo el tema vinculado con la reforma tributaria, que lo alcanza de manera importante. En cualquier caso, queríamos tomar a tiempo esta preocupación.

Por el momento, nos quedamos con las palabras del señor Senador Michelini que, reitero, están en la misma línea de lo que nos indicó el contador Olesker en cuanto a que no quedaremos

comprendidos por la reforma en esta primera etapa. De todas maneras, tenemos claro que el objetivo no es que quedemos excluidos definitivamente, por lo que sólo estaríamos postergando nuestra preocupación para más adelante. A ese respecto se nos dijo que habrá todo un proceso de negociación, que incluso podrá darse a través de los propios Consejos de Salarios, en los que participará el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Entonces, veremos qué sucede hasta ese momento, qué pasos daremos y cuáles serán las gestiones que entendamos pertinentes realizar. Hoy, ante la inminencia de la aprobación legislativa del proyecto de ley que crea un Sistema Nacional Integrado de Salud -que, probablemente, comience a regir el año próximo- mi sentir -y creo que también el de mis compañeros- es de cierta tranquilidad en tanto, insisto, no tendríamos que hacer más gestiones en esta etapa, salvo aquellas tendientes a mantener la eficiencia y eficacia del sistema actual.

SEÑORA CURCI.- Quiero decir que también tenemos la preocupación de nuestro prestador. Nosotros somos representantes y, por tanto, debemos responder a nuestros representados. Más allá de saber que no estamos incluidos en esta primera etapa, queremos llevar a cabo todas las acciones que nos permitan dejar en claro cuál es la situación. En las entrevistas que hemos mantenido, nuestro prestador nos ha informado que está llevando adelante sus propias gestiones a fin de encuadrar en este sistema bajo determinadas condiciones. En tanto representantes, debemos extremar nuestras acciones para comunicar a nuestros representados lo que está sucediendo, a la vez de tener un plan de contingencia ante la eventualidad de que el Hospital Británico no se constituya en prestador. En ese caso, deberemos ir con todos nuestros afiliados a otra parte. Sabemos de algunas gestiones que está llevando a cabo el sanatorio con la Cámara para estar en el sistema, bajo determinadas condiciones. Si bien sabemos que eso no depende de nosotros, es un tema fundamental. Hay muchos prestadores y estamos dispuestos a cambiar al que sea, pero tenemos una masa de afiliados -especialmente los pasivos- a la que tenemos que responder.

SEÑOR CID.- Quería hacerle una pregunta al escribano Bergonzoni. El escribano dijo que actualmente se hace una aportación del 3% y quisiera que me explicara hacia dónde va dicha aportación.

SEÑOR BERGONZONI.- Los escribanos en actividad aportan a la Caja Notarial de Seguridad Social un 15,5% para las prestaciones de pasividad y un 3% para el Fondo Notarial de Salud. A su vez, los pasivos aportamos un 3% de las pasividades para ese Fondo que lo administra la propia Caja Notarial. De allí surge la prestación de salud que se brinda desde hace 20 años con total éxito, más allá de las dificultades, porque las cosas no son fáciles.

SEÑOR CID.- Una de las especulaciones que se hicieron en este intercambio, es que deberían aportar un 6%. Como no tienen aportación al Banco de Previsión Social como escribanos, esa hipótesis no existe y, por ende, no van a tener que aportar un 6%. Ustedes, como escribanos, no van a tener la posibilidad de salirse del sistema notarial de cobertura de salud, aportando el 6%. Esa hipótesis de trabajo, no se va a dar.

Con respecto a la duda de la escribana Curci, debo decirles que no deben tener la menor duda de que el Hospital Británico se va a integrar al Sistema Nacional Integrado de Salud porque por sus prestaciones tiene todas las condiciones para que fácil y naturalmente, quede integrado. Por tanto, no tengan dudas de que van a poder seguir contratando servicios. Por otra parte, si no formara parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, ustedes tendrán la libertad de contratarlo igualmente. No va a suceder que se les vaya a prohibir contratar con el Hospital Británico; esa situación no se va a dar. Los veo analizando algo que no va a pasar y veo una tremenda desconfianza, que puede ser, tal vez, para el futuro, pero no para lo actual. Como les dije, ustedes van a seguir funcionando independientemente del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por tanto, creo que las percepciones deben quedar claras y ustedes deben tener la tranquilidad de que van a seguir funcionando como hasta ahora, contratando con quienes decidan, que podría seguir siendo el Hospital Británico o no, pero eso dependerá de la negociación que ustedes realicen y de la mejor oferta de los prestadores. No tengan dudas de que el tema es como se los explicó el economista Olesker y que ahora lo ratificamos.

SEÑOR MICHELINI.- Hay cosas que aunque nos las acercaran nuestros invitados para incorporar al proyecto y que quedara a texto expreso, nosotros no podemos solucionar. El Hospital Británico o cualquier otro prestador no tienen prohibido que se les subcontrate.

Además, en ninguna parte del texto del proyecto de ley se dice que a los escribanos se les va a sacar un 3%, ni que ese 6% va a ser todo para el Fondo que se crea. Otra cosa es la filosofía del

futuro, que la discutiremos. Es cierto que nosotros aspiramos a que no haya cotos cerrados porque, de ser así, los que están en mejores condiciones se abroquelan. Si a cada uno se le tuviera que dar la seguridad social que puede tener, el 17% de los escribanos que cobra el 80% de los trabajos, sin duda que se jubilaría mucho mejor de lo que se jubila ahora. Sin embargo, ese 17% de escribanos, de alguna forma, subvenciona para que todos puedan tener un monto. Seguramente, esos escribanos tendrán otra forma de defensa, porque su facturación debe ser mayor, pero por lo menos ayudan a que el núcleo esté mejor.

Entonces, la discusión hacia el futuro puede ser compleja y con una negociación difícil, porque vamos a defender el principio de solidaridad, pero en este momento no están incluidos.

El único problema de ponerlo a texto expreso es que cuando se dice que determinados casos no están incluidos, quiere decir que el resto sí lo está. Por lo tanto, deberíamos incluir todas las categorías y podría suceder que nos olvidemos de alguna, que puede, incluso, no ser de Montevideo.

SEÑOR VAILLANT.- Actualmente, los escribanos están cubiertos por el Sistema Notarial de Salud, que por ley los obliga a aportar. Pero hay escribanos que, además de practicar el ejercicio liberal de la profesión, están en relación de dependencia, pública o privada, por lo que también aportan a las otras Cajas. Entonces, esos escribanos ¿tienen una doble aportación y una doble cobertura?

SEÑORA CURCI.- Exactamente.

SEÑOR VAILLANT.- Entonces, esa es la situación en que van a quedar después.

SEÑOR ANTIA.- Comprendo la preocupación de la Caja Notarial porque, según el texto del proyecto, están comprendidos. Concretamente, el artículo 9º se refiere a quiénes podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud y su literal b) dice: “Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley 17.930 de 19 de diciembre de 2005”. A su vez, este artículo de la Ley, que es la de Presupuesto, dice que integrarán el Sistema Nacional Integrado de Salud “aquellos seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública”. Por tanto, entiendo la preocupación que nos plantean, ya que si la Ley los comprende, quieren saber cómo les afecta, y me parece que debe precisarse específicamente qué va a suceder en este caso.

Además, la Ley incluye a las asistencias médicas privadas sin fines de lucro y no creo que el Hospital Británico lo sea.

SEÑORA CURCI.- Según sus estatutos, no tiene fines de lucro.

SEÑOR ANTIA.- Entonces sí; esa es una de las dudas que tenía.

SEÑOR VAILLANT.- Simplemente, quiero precisar que si el artículo 9º dice “podrán” y no “deberán” es porque define las condiciones que se necesitan para integrarlo. Pero, además, deben tener la voluntad de integrarse, por lo que si ellos no quieren integrarse, no lo hacen.

SEÑOR BERGONZONI.- Agradecemos la oportunidad que se nos ha dado de expresar nuestra preocupación y, realmente, nos vamos satisfechos con las respuestas obtenidas, en tanto nos confirma la tranquilidad “transitoria” -vamos a llamarla así- de que no estaríamos afectados en esta etapa de la reforma de la salud.

Reiterando el agradecimiento, quiero decir que estamos a las órdenes de la Comisión para contestar cualquier pregunta que tengan sobre este tema vinculado con nuestro gremio.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión agradece a los integrantes del Directorio de la Caja Notarial y nos mantendremos en contacto por cualquier eventualidad en la consideración del proyecto.

(Se retiran de sala los integrantes del Directorio Honorario de la Caja Notarial)

Previamente a continuar con el trabajo que viene realizando la Comisión relativo al tratamiento de los artículos del proyecto de ley, dese cuenta de un asunto entrado.

(Se da del siguiente:)

"La Cámara de Emergencias y Asistencia Médica Hospitalaria del Uruguay solicita una nueva entrevista con la Comisión a efectos de traer el proyecto que se había comprometido redactar".

SEÑOR MICHELINI.- En ocasión de la última entrevista que tuvimos con esta delegación -cuando se nos dijo que iba a ser precisamente la última- planteamos la necesidad de formar una Subcomisión a los efectos de recibir todas las inquietudes que se nos quisieran hacer llegar. Incluso, en esta reunión, más allá de tener el honor de recibir al Directorio de la Caja Notarial, creo que algunos de nosotros podríamos haber dado satisfacción a los planteamientos que se hicieron. Pienso que en cualquier caso que se nos solicite una entrevista, el señor Presidente y un Senador por colectividad o algunos más, los podría recibir en un horario distinto al que sesiona la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de otro asunto entrado.

(Se da del siguiente:)

"La Mesa Coordinadora de Seguros de Enfermedad y Cajas de Auxilio remite el proyecto de artículo que se había comprometido a enviar en oportunidad de su visita".

El proyecto ha sido repartido a los señores Senadores.

SEÑOR ANTIA.- Tal vez no corresponda lo que voy a señalar -realmente no conozco cómo funcionan los temas relacionados únicamente con una de las Comisiones en esta instancia que estamos integrados- pero quisiera realizar un planteo a los integrantes de la Comisión de Salud Pública que me parece relevante, sobre todo cuando estamos discutiendo un tema de futuro, como es el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Hoy surgió en la prensa una noticia -a mi juicio, muy preocupante- que tiene que ver con una posible persecución política a un dirigente gremial médico y la consiguiente remoción de su cargo en Salud Pública. Aparentemente, esta situación que se ha planteado es gravísima, y como integrantes de la Comisión de Salud Pública nos gustaría poder considerar la posibilidad de invitar a la próxima sesión de la Comisión -que se reúne el martes próximo, obviamente no integrada con la de Hacienda- a la señora Ministra para pedirle explicaciones a este respecto.

SEÑOR VAILLANT.- No abro opinión sobre la propuesta realizada, pero creo que este no es el ámbito para hacerla. La Comisión de Salud Pública -que es la que está referida en la convocatoria que plantea el señor Senador- se reunió anteayer y seguramente se va a reunir la semana que viene, pero no corresponde a la Comisión de Salud Pública Integrada con Hacienda que resuelva sobre el planteo que se hizo, ya que este grupo de trabajo tiene como único punto a tratar la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR ALFIE.- Entonces, propongo que la Comisión de Salud Pública se reúna cinco minutos, en sesión extraordinaria, una vez que termine esta reunión, para resolver sobre ese tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si los demás señores Senadores están de acuerdo, procederíamos como sugiere el señor Senador Alfie.

Corresponde pasar a considerar el proyecto de ley sobre la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR SECRETARIO.- Con respecto a ese proyecto de ley, aclaro que el artículo 26 fue desglosado; los artículos 27 y 28 fueron votados; el artículo 29 fue desglosado; los artículos 30, 31 y 32 fueron votados. Hay un artículo 32 aditivo, presentado por el señor Presidente de la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase el artículo 32, aditivo.

(Se lee:)

"Artículo 32.- En el desarrollo de los Programas de Atención Primaria de Salud, se priorizará la coordinación en el ámbito del Sistema Nacional Integrado a nivel de los servicios de policlínicas o centros auxiliares correspondientes al primer nivel de atención sean estos de carácter estatal o de carácter municipal, de tal forma que los costos de funcionamiento así como de construcción, mantenimiento o refacción de su infraestructura física serán asumidos por las autoridades municipales, ya sea exclusivamente o en convenios con otras instituciones o comisiones locales de vecinos. Los costos que correspondan a remuneración de personal médico o no médico en los mismos así como de medicamentos o adquisición de los instrumentos o móviles necesarios y realización de campañas educativas o promocionales de salud serán de cargo del Sistema Nacional a través del FONASA.

Asimismo, se establecerán ámbitos de coordinación y actividades a escala local, departamental o regional, entre los responsables de las referidas policlínicas o centros auxiliares con los jerarcas locales de ASSE y de las instituciones de asistencia médico colectiva existente en las zonas.

También, dichos ámbitos de coordinación deberán incluir a las jerarquías municipales competentes a efectos de la creación, transformación o supresión de centros o actividades correspondientes al primer nivel en la zona, barrio o localidad de que se trate."

En consideración.

El motivo de la presentación de este aditivo responde, por un lado, dar al proyecto de ley una mayor profundización respecto al objetivo de la priorización de la atención primaria de salud. Está establecido en los artículos que fueron votados oportunamente, incluidos en el Presupuesto quinquenal, que una de las bases fundamentales de la instalación de un nuevo sistema nacional de salud era priorizar y fortalecer el llamado primer nivel de atención primaria de salud. Además, este artículo responde a una experiencia obtenida a nivel, fundamentalmente, de atención municipal, si bien también existen trabajos de coordinación con el Ministerio de Salud Pública y con policlínicas administradas por comisiones vecinales. Entendemos que esta iniciativa busca descentralizar u organizar de mejor manera la coordinación que debe existir entre lo que corresponde al Estado -en una de sus acepciones, aunque, tal vez, deberíamos denominar como carácter nacional lo que el proyecto establece como estatal- y a la órbita municipal. En este sentido, hemos visto cómo en muchos aspectos -si queremos justamente fortalecer en el Sistema Nacional integrado de Salud el llamado primer nivel- todo lo que tiene que ver con estructura física, mantenimiento de locales, etcétera, funciona mucho mejor cuando es asumido y manejado directamente por las autoridades locales, ya sean municipales o de comisiones vecinales. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública, a través del FONASA, debería encargarse de todo lo referido a la salud específicamente, es decir, al instrumental, a los móviles necesarios -cuando se necesitan ambulancias- a los medicamentos, a la remuneración del personal médico y no médico que presta servicios en la policlínica, de manera de deslindar estos dos campos que, a mi juicio, son muy importantes. Hemos visto que a veces hay policlínicas -hace pocos días, concretamente, tuve ocasión de comprobar esta situación en el departamento de San José- que, encontrándose a pocos kilómetros de Montevideo, presentan grandes diferencias entre ellas cuando unas son administradas por vecinos en coordinación con la Intendencia y otras por el Ministerio de Salud Pública. Como ejemplo del primer caso, puedo citar una policlínica de San José que se encuentra en perfecto estado de mantenimiento e, incluso, tiene proyectada una ampliación. En cambio, para ilustrar el segundo caso, puedo mencionar a una policlínica de Villa Rodríguez -en el mismo el departamento- que, siendo administrada por el Ministerio de Salud Pública, desde hace más de tres años, a pesar de la lucha de los vecinos contra las marañas burocráticas del Ministerio, todavía no ha podido tener resuelto un simple problema de humedad en el techo que está deteriorando el edificio rápidamente. Lamentablemente, los vecinos no han encontrado una solución para resolver algo tan sencillo como es la reparación de un techo, en virtud de que los niveles de decisión actúan en esa estructura burocrática que todos sabemos que existe y dificulta, considerablemente, la acción ejecutiva que se necesita.

En respuesta a esas realidades hemos presentado este artículo que, además, viene a complementar un poco la estructura general del proyecto. Mucho se ha dicho que uno de los pilares de esta iniciativa era el fortalecimiento de los niveles de atención primaria de salud; sin embargo, algunas

de las delegaciones que nos han visitado, manifestaron que, en lo que tiene que ver con la atención primaria de salud, con su organización y priorización, el proyecto no profundiza demasiado.

Esas son las razones que nos han movido a aportar ideas y experiencias para complementar y mejorar el proyecto, incluso, respondiendo a algunos de sus fundamentos inspiradores contenidos en una norma del Presupuesto quinquenal, que establece claramente que uno de los principios o bases fundamentales del Sistema debía ser la priorización de la atención primaria de salud.

SEÑORA XAVIER.- Comparto el espíritu del artículo que ha presentado el señor Presidente, ya que está inspirado en bases que el proyecto también considera claves porque, sin duda, el primer nivel de atención es prioritario. Además, la estrategia de atención primaria de salud está claramente definida en la letra del texto. No obstante, creo que en la ley no podemos llegar a un grado de profundización como el que está proponiendo el señor Presidente. Sin duda, esto podría ser un muy buen insumo para la reglamentación del artículo 32. Pero le consta al señor Presidente, porque él ha trabajado en este tema en un departamento que tiene una historia importante, como es Tacuarembó, de primer nivel de atención -y no exclusivamente, porque tiene otras características que destacan su nivel sanitario- que la realidad es muy dispar en los 19 departamentos del Uruguay.

Entonces, un detalle tan acabado podría crearnos vacíos de realidad en algunos departamentos con relación a este contenido de la ley. Por tanto, teniendo en cuenta esas diferentes realidades y sobre la base de la coincidencia de la necesidad de desarrollar un primer nivel de atención y una estrategia en la atención primaria, en dicho nivel se generan resultados verdaderamente impactantes, que es lo que uno pretende que se revierta con este Sistema Nacional Integrado de Salud. Lograr una solución para la gente en el lugar donde vive -dependiendo de lo bien dotado que esté ese sitio en lo que tiene que ver con recursos humanos y con la infraestructura de ese primer nivel, el cual debería funcionar bien si el Sistema está bien organizado- sin duda, revertiría sustancialmente la calidad de su atención y su accesibilidad a la atención sanitaria.

Sobre el tema de los principios inspiradores no hay ningún tipo de diferencias, sino que hay una gran coincidencia porque, además, las políticas públicas -siempre lo decimos- vistas desde lo local y recreadas allí, tienen una garantía adicional a lo que son las políticas definidas de manera nacional.

Entonces, comprendiendo la propuesta en todos sus términos, entiendo que excede el aspecto del contenido de una ley y que sí puede ser perfectamente una sugerencia para el desarrollo reglamentario de este artículo.

SEÑOR CID.- Quiero decir enfáticamente que comparto el espíritu del artículo aditivo, ya que considero que es muy bueno.

Deseo que quede expresa constancia de ello, porque prioriza las coordinaciones dentro del Sistema, con policlínicas o centros auxiliares, los cuales han dado excelentes resultados en todo el Uruguay.

Ahora bien, le encuentro un grave inconveniente, que era lo que señalaba la señora Senadora Xavier, a lo que le agregaría el componente de las autonomías municipales. En el texto aditivo el señor Presidente plantea que los costos que corresponden a remuneraciones del personal médico y no médico irán a cuenta del FONASA, pero muchas de estas policlínicas son municipales. En la hipótesis de que la Intendencia decida nombrar a un médico para esa policlínica junto con una enfermera, se haría cargo el Fondo Nacional de Salud. Ahí van a jugar muchos factores que pueden afectar esas designaciones o directivas en cuanto al funcionamiento. Por lo tanto, para contemplar esa realidad heterogénea que señalaba la señora Senadora Xavier, esto debería ser motivo de la reglamentación. Quizás podría compartirlo, pero debería quedar más claro en la reglamentación, teniendo en cuenta toda la realidad del país.

De cualquier manera, estaría dispuesto a acompañar el texto hasta donde dice “municipal”, pues se hace énfasis en la atención primaria.

Pero, en definitiva, propongo el desglose de este artículo aditivo para que sea considerado más adelante, ya que tenemos la necesidad de realizar las consultas del caso.

SEÑOR VAILLANT.- Por mi parte, señalo que tengo la misma preocupación que acaba de plantear el señor Senador Cid. Asimismo, reafirmo mi reconocimiento y digo que comparto el espíritu de la propuesta del señor Presidente, pero igualmente me gustaría postergar el tratamiento de esta disposición.

SEÑOR MICHELINI.- Si no recuerdo mal, en la instancia anterior había sido postergada la consideración del artículo 21 y, a su vez, habíamos aprobado los artículos 33 y 34. De cualquier manera, propongo ahora postergar nuevamente la consideración de dicho artículo y avanzar en el tratamiento del resto de las disposiciones.

SEÑOR ABREU.- Señor Presidente: ya que se ha anunciado que se harán las consultas del caso, digo que es importante que ellas contemplen una expresión un poco más abarcativa, porque la propuesta que ha hecho el señor Senador Presidente es realmente importante.

Por mi parte, entiendo que esto va más allá de la redacción y de la identificación de costos; en realidad, aquí nos estamos enfrentando a dos aspectos. Sabemos que la Junta Nacional de Salud tendrá competencias importantes y que va a planificar, organizar y controlar y, a su vez, si bien el sistema está -de alguna forma- institucionalmente difuso, tiene los distintos actores.

Sin embargo, creo que el artículo presentado por el señor Senador Presidente hace hincapié en tres aspectos. Uno de ellos es el de las redes territoriales; en este sentido, habrá que ver cómo funcionan en materia de descentralización.

Evidentemente, aún no está definido de qué manera funcionará el sistema de descentralización a nivel nacional y departamental, desde el punto de vista institucional, de forma que las competencias deberán quedar claramente establecidas.

En segundo lugar -aunque tal vez esto que voy a decir debería ocupar el primero- hay que ver qué relación tiene este proyecto de ley de carácter general y, sobre todo, la ejecución en el trabajo de la descentralización, con la iniciativa de reforma del Estado que anuncia el Poder Ejecutivo. Esta última es, básicamente, un proyecto de descentralización cuya metodología es muy parecida a la que se ha ejecutado en el ámbito de la Intendencia Mu nicipal de Montevideo -que, de alguna forma, es también el modelo de descentralización de carácter general que se tomó en Francia durante mucho tiempo- pero lo cierto es que también incidirá notoriamente en la aplicación del Sistema Nacional de Salud. Por eso, es muy importante que se tengan en cuenta estas dos cosas, de manera tal que no terminemos haciendo el tamaño del cuerpo, de acuerdo con el tamaño del dedo que dibujemos, por decirlo de alguna forma.

Por último, hay que tener presente que esto está referido no sólo al aspecto de los costos, porque lo importante es quién toma la decisión y de qué manera lo hace. Nuestros grandes problemas -y probablemente en esto coincidamos todos- no son de carácter filosófico, ideológico ni de aproximación de ideas o coincidencias, sino que tienen que ver con la ejecución y administración de los recursos en tiempo y forma. Por mi parte, estoy convencido de que podemos solucionar muchos de los problemas que hoy tenemos en el actual sistema nacional de salud -tal como está funcionando en el interior del Uruguay- con un esquema de esta naturaleza.

El señor Senador Presidente ha hablado de los costos, pero hay que recordar que estos son el derivado de un sistema de administración. Entonces, ¿quién es el que toma la decisión?

Mi preocupación, desde el punto de vista práctico, tiene que ver con la posibilidad de que, en esta centralización de toma de decisiones y en las competencias que le adjudicamos a la Junta Nacional de Salud, estemos tomando una metodología que termine dejando por el camino las decisiones a tiempo o un sistema más eficiente de administración en todo el territorio nacional, dejando de lado en la toma de decisiones, por ejemplo, la participación coordinada de las Intendencias Municipales o también esta aproximación de la Administración a todos los ciudadanos -a distintos niveles del territorio nacional- que el Poder Ejecutivo quiere realizar.

Entonces, es importante que esa consulta a realizar incorpore las tres cosas: la reforma el Estado, la descentralización en redes territoriales y el tema de los costos, éstos últimos vinculados a

cómo se administra esta toma de decisiones a nivel del Sistema Nacional de Salud.

SEÑOR COURIEL.- Señor Presidente: es evidente que su propuesta ha concitado determinados apoyos -por lo menos, en el espíritu de la misma- y al respecto, el señor Senador Cid señala que una parte debería quedar contemplada en el artículo.

En ese sentido, considero que no está mal que una parte quede contemplada en el proyecto de ley que tiene que ver con el ámbito municipal. Por lo tanto, así como nosotros vamos a hacer consultas sobre este artículo, me gustaría que el propio proponente nos diera una idea de los costos financieros. En una parte el artículo dice: "Los costos que correspondan a remuneración de personal médico o no médico en los mismos, así como de medicamentos o adquisición de los instrumentos o móviles necesarios y realización de campañas educativas o promocionales de salud, serán de cargo del Sistema Nacional a través del FONASA". ¿Cuál es el costo? ¿Cuál es la idea? ¿A dónde se puede llegar? Si tiene los costos nos ayudaría en la consulta que vamos a realizar, o de lo contrario, en otra oportunidad, nos puede dar más elementos de juicio.

SEÑOR PRESIDENTE.- Naturalmente, es muy difícil manejar los costos exactos, pero la idea central es compensar los gastos, en aras de una mejor coordinación y buscando una utilización de los recursos más eficiente. Hoy, todos los gastos de policlínica -que depende de Salud Pública- destinados a refacción, ampliación, etcétera, son costos que tiene que asumir el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud Pública. Eso trae como consecuencia dificultades burocráticas para acceder a determinados niveles de decisión, muchas veces para reparar o para hacer cosas tan sencillas como arreglar un techo porque tiene problemas de humedad. Si estas cosas se resuelven a nivel local, municipal, seguramente va a ser más rápido y fácil de resolver el problema. Concuerdo con que estos costos hoy son asumidos por el Gobierno Nacional y que pasarían al Gobierno Municipal, pero también -y eso forma parte del gran problema de la descoordinación que existe en los sistemas de salud- tradicionalmente en nuestro país se han ido desarrollando estructuras paralelas en materia de salud. Es decir que, por un lado Salud Pública desarrolla su estructura y, por otro, las Intendencias o las Comisiones Vecinales la propia, teniendo que asumir -me refiero a las Intendencias- por ejemplo, el costo de los salarios de los médicos, de los enfermeros, de los auxiliares y de los centros de las policlínicas. Entonces, la idea es que esos costos que asumen las Intendencias pasen a ser dependencia del Gobierno Nacional, coordinado con las autoridades locales de ASSE, a los efectos de que se pueda mejorar y organizar mejor, por un lado, la infraestructura física y, por otro, el pago de los salarios -fundamentalmente, el de los médicos y personal de enfermería- que asiste y que es muy reducido, porque estamos hablando de policlínicas de atención primaria y no de policlínicas con mucho personal. Esta ha sido una muy buena experiencia, que ha funcionado en Tacuarembó, pero sería bueno que se extendiera a todo el país. Entiendo que el Ministerio de Salud Pública debe ser la autoridad rectora en materia de salud; no es posible que haya una política rectora que surja del Ministerio de Salud Pública y otra que emane de la Dirección de Salud de una Intendencia Municipal, más allá de que, por haber sido Intendente, soy muy celoso del principio de la autonomía municipal. Creo que toda acción que tienda a reformar el sistema y descentralizarlo para mejorar los servicios de atención, pasa por la coordinación.

Es más: creo que la falta de coordinación es uno de los grandes males del Estado en el Uruguay, pero la palabra "coordinación" no está en el diccionario de la organización del Estado en nuestro país. Esa es, entonces, la gran reforma que hay que hacer en el Estado.

En definitiva, creo que los nuevos costos que asumen las Intendencias por hacerse cargo de las infraestructuras físicas de las policlínicas debería compensarse dejando de tener a su cargo el pago del personal médico y de enfermería; éste pasaría a ser asumido por el Ministerio de Salud Pública. Naturalmente, el tema debe ser estudiado a nivel del Ministerio de Salud Pública con mayor profundidad para tener una idea más aproximada de costos, pero el concepto central es ese.

SEÑOR VAILLANT.- En su momento propuse que se postergara el artículo para no entrar en el debate, pero ya que por la vía de los hechos hemos entrado en ella, quiero dejar planteada una de mis dudas sobre el proyecto.

Concretamente, aquí se plantean responsabilidades al Sistema que creo que no le corresponden a él sino a ASSE. Se propone un financiamiento por parte del FONASA, cuando nosotros mismos votamos dónde se originan sus recursos y cómo los utiliza; está establecido que el FONASA paga cápitas a prestadores integrales, de acuerdo con lo resuelto en la propia ley. Por lo tanto, el

proyecto, tal como está planteado, estaría contradiciendo lo que establecimos en la ley de creación del FONASA, que no admite ese tipo de pagos. En todo caso, la coordinación con los servicios estatales municipales, como bien lo refería el propio señor Senador, debe realizarse con los servicios de asistencia que el Estado brinda a través de ASSE.

Tengo la sensación de que el propósito es muy bueno, pero no se logra por la vía de esta ley ni por el financiamiento a través del FONASA, sino que debe estar particularmente referido a ASSE, que es el otro prestador y el que realmente puede coordinar. El Sistema Nacional Integrado de Salud no puede contratar médicos ni otro tipo de personal; estas contrataciones las realizan las propias instituciones integradas al Sistema.

En definitiva, me parece que la propuesta es valiosa, pero no debería estar en discusión en el tratamiento del proyecto de ley de creación del Sistema, porque está referida al funcionamiento de ASSE.

SEÑORA PERCOVICH.- Por mi parte pensaba decir exactamente lo que acaba de expresar el señor Senador Vaillant: el FONASA financia prestadores integrales. Simplemente lo reafirmo porque me parece que hay que buscar una redacción que contemple el espíritu de coordinación que debe existir, ya que ese es uno de los problemas que tenemos actualmente en varios departamentos del país. Como señala muy bien el señor Presidente, las Intendencias han tratado de suplir carencias del sistema de salud y han desarrollado servicios, que a veces está costando que coordinen en las prioridades que se definen para el departamento. Pero me parece que ese espíritu debe estar contemplado, porque es el que importa con relación al objetivo de la creación del Sistema.

SEÑOR ANTIA.- Creo que es bueno que se dé este intercambio, porque es la base de la discusión sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud; no estamos discutiendo si nos gusta cada artículo y si se vota o no se vota.

He escuchado a médicos que expresan que el éxito o el fracaso del Sistema Nacional Integrado de Salud no es la atención terciaria -que es uno de los temas que se estaría resolviendo con el FONASA- sino todo, es decir, esa orientación e impulso a la atención primaria, que es la que alivia los costos de la salud en las áreas secundaria y terciaria. Nos preocupa el hecho de que en este proyecto de ley no haya demasiada explicitación sobre el tema de la atención primaria; se la nombra al pasar, pero se la soslaya. Creemos que hay que dar verdaderos números a un Sistema Nacional Integrado de Salud -esta es la discusión en la que debemos entrar- porque si los únicos números que ponemos son los costos de la atención terciaria y no los de la atención primaria y de emergencia, no estamos cuantificando el valor o cómo encarar o resolver definitivamente el tema de dicho Sistema.

La propuesta del Presidente, señor Senador Da Rosa, implica el compromiso de encarar el tema en la ley y resolverlo. Hubiera sido distinto si en este proyecto de ley también hubiésemos discutido la descentralización de ASSE. Este tema debería haberse integrado y no separado; debería haber formado parte del mismo proyecto, pero por razones políticas, por la voluntad del Gobierno, por un compromiso con COFE, o por lo que fuere, lo separaron. Me parece que en la discusión política debería haber estado todo el proyecto junto: la descentralización de ASSE y el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, porque forma parte de un gran proyecto. Es más: así lo reconocen las autoridades de Salud Pública cuando hablan de la “ley chica” y la “ley grande”, y todo lo unen en el mismo objetivo. A mi juicio, este es un tema trascendental en el resultado del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Creo que uno de los puntos débiles de este proyecto de ley es la falta de precisión en estas áreas. Por ejemplo, puede suceder que de aprobarse esta iniciativa, el Intendente de Durazno, señor Vidalín -o el de Paysandú, o el de Maldonado- diga que ya no es responsable de la salud y no se haga más cargo de todas las policlínicas. Esto sería un verdadero lío. Actualmente -lo comentaba con algunos integrantes de la Comisión de Salud Pública- existe un gran conflicto en el departamento de Maldonado, a raíz de una policlínica compartida entre mutualistas, Municipio y Salud Pública. Todos los vecinos de la zona están peleados porque no se sabe quién debe asumir las responsabilidades, a quién le compete. Este es un tema en el que debemos ser más precisos.

Me parece fundamental el aporte del Presidente Da Rosa, porque trata de buscar una solución al decir que los costos médicos, operativos y de medicamentos pasen a ser coordinados con la autoridad departamental, que es la autoridad descentralizada. Pero para ello hay que proveer recursos.

Habrá que realizar los convenios necesarios entre los Gobiernos Departamentales y el Fondo Nacional de Recursos, porque reitero que se necesita dinero para hacerse cargo de la atención primaria. ¿Quién se hace cargo de los DIU? ¿Quién se hace cargo de los medicamentos para la prevención en el área de la sexualidad? Todo esto forma parte del Sistema. Creo que es muy importante que en un artículo de esta ley quede debidamente explicitado que cuando los aportes al Sistema Nacional Integrado de Salud provienen de organismos que no pertenecen al Ministerio de Salud Pública, el Gobierno -por intermedio de ese Fondo- se hará cargo del manejo técnico y operativo, y convendrá con los Municipios, por intermedio de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el mantenimiento de los locales. De no ser así, estaríamos desperdiciando doscientos centros de atención primaria que hay en el país -alrededor de diez o doce por Intendencia- que, de no ser atendidos, el día de mañana puede generar disconformidad en la población.

Vuelvo a insistir en que el éxito de un Sistema Nacional Integrado de Salud depende de la concentración de esfuerzos en la atención primaria, y en este proyecto de ley eso está un poco soslayado y no está atendido como debería. Entonces, considero que el aporte del señor Presidente Da Rosa, por lo menos marca una línea que después deberá analizarse más a fondo.

SEÑOR ALFIE.- Luego de releer el artículo y de escuchar la opinión de los colegas de la Comisión, tengo la sensación de que tenemos dos cosas separadas. Por un lado, está la coordinación de las policlínicas de las distintas Intendencias que, como sabemos, son todas de primer nivel de atención y, por otro, tenemos el tema del financiamiento y la división de costos. A mi juicio, el artículo apunta correctamente en lo que hace a la coordinación. Al igual que el señor Presidente y el señor Senador Antía, todos quienes conocemos el interior del país sabemos que allí son tan o más importante las policlínicas municipales que las de Salud Pública. En consecuencia, el tema pasa por un problema de definición de financiamiento, sobre lo cual no tengo claro si está bien o mal ponerlo a través del FONASA; en cualquier caso, es un punto a discutir. De todos modos, sí estoy seguro de que hay que establecer la división de costos y la forma de financiamiento, lo cual no figura en el proyecto de ley. Entonces, más allá de si el nombre sí o el nombre no, de si la fuente es una u otra, tal vez debamos modificar la ley del FONASA y permitir no sólo un financiamiento global de prestaciones integrales sino también de prestaciones parciales para estas coordinaciones de organizaciones públicas. Esa puede ser una opción y, precisamente, por ese motivo decía anteriormente que no estaba seguro de si estaba bien o mal. Naturalmente, está mal de acuerdo con la definición actual de la ley, pero puede no estarlo si cambiamos esa definición hacia un subgrupo o subconjunto de prestadores de salud.

Por otro lado, considero que el artículo es absolutamente relevante, no sólo como una declaración de intenciones y de lineamientos filosóficos, sino como una definición clara de división de aguas, en el sentido de quién pone el dinero y de qué manera. A mi entender, es un tema crucial.

A su vez, creo que fue el señor Senador Antía quien señaló que nos siguen faltando datos, ante lo cual, señor Presidente, aprovecho para destacar que realizamos un primer pedido de información hace dos meses y medio y, sin embargo, no hemos recibido un solo dato, por lo cual seguimos totalmente en el aire. Aclaro que esa solicitud tenía que ver con aspectos generales pero, seguramente, una vez que los tengamos y entendamos, nos faltará más información para saber, entre otras cosas, si esta iniciativa está, realmente, financiada. Esa es la gran duda que tenemos nosotros y todas las Comisiones de Salud y de Finanzas del Partido Colorado que han estudiado el tema y no encuentran que el sistema esté financiado, más allá de discusiones filosóficas en cuanto a si esto puede funcionar así, o no, que es harina de otro costal. De cualquier modo, el punto base aquí es que queremos saber, a través de los datos de base que nos faltan, si la propuesta está financiada o no, qué deja afuera, qué incluye, etcétera. En este sentido, insisto que seguimos totalmente en ayunas y por ese motivo solicito al señor Presidente que reitere el pedido que formulamos oportunamente a los Ministerios, a los efectos de que se nos haga llegar la información de base porque, así como estamos, desde nuestro punto de vista sería una irresponsabilidad pasar a la etapa de la votación, más allá de aceptar que estamos avanzando en aspectos generales. El problema es que si el dinero no va a alcanzar y esto va a fallar por algún lado, nos parece que es un esfuerzo intelectual y de construcción teórica fantástico, pero de práctica y aplicación nula.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se procederá de acuerdo con lo solicitado por el señor Senador Alfie.

SEÑOR CID.- Salvo un jueves que tuve que asistir al Parlatino, he estado en todas las reuniones de esta Comisión y no he visto una solicitud escrita pidiendo información, como plantea el señor Senador

Alfie. Por ello, le pediría que nos acerque por escrito los puntos que desea aclarar para darle contestación, porque aquí no hay ocultamiento.

SEÑOR ALFIE.- Lo planteé verbalmente en una de las sesiones -lo voy a buscar en las versiones taquigráficas- y estrictamente mencioné toda la información que requeríamos para poder entender y saber, en forma efectiva, de qué estamos hablando.

SEÑOR CID.- Le sugiero al señor Senador un método que me parece más práctico que el de recurrir a las versiones taquigráficas. Es legítima la duda del señor Senador Alfie en cuanto a si está financiado o no el sistema. Lo único que habría que aclarar es que con la ley chica y la ley grande, están ingresando al sistema -sólo por ese concepto- U$S 72:000.000 por año, más los U$S 200:000.000 que se anexaron al Presupuesto Nacional, sobre el presupuesto de base. Es decir que hay una interesante inyección de dinero al sistema, que ratifica un poco el concepto que he vertido públicamente en distintos medios, en el sentido de que si bien gastamos mucho en relación con el Producto Bruto Interno, cuando se extrapola el gasto per cápita, realmente estamos muy disminuidos en la asignación de recursos, respecto a países vecinos.

En cuanto al FONASA, quisiera decir lo siguiente. Hay una afirmación del señor Senador Antía que dice que estamos financiando el tercer nivel, pero no es así. Estamos hablando de sistemas integrales de salud que no sólo financian el segundo y tercer nivel, sino también la atención primaria y la rehabilitación; hoy en día en el país no hay organicidad en ese concepto de financiación. Tiene que quedar bien claro que el FONASA se dirige a un sistema integral de salud que va desde la prevención, a nivel de la atención primaria, hasta la rehabilitación, que es fruto de las complejidades del proceso asistencial. En relación con los recursos, debo decir que no provienen sólo del FONASA, porque hay un presupuesto del Ministerio de Salud Pública votado en el Presupuesto Nacional y en las Rendiciones de Cuentas que, hoy en día, financia -mal, poco o demasiado- toda la estructura sanitaria del país y de ahí van a salir los recursos.

SEÑOR ALFIE.- Pero eso va a entrar en el FONASA.

SEÑOR CID.- Va a entrar en el FONASA, pero para un concepto de atención integral de salud.

SEÑOR ANTIA.- Lo que quise decir es lo siguiente. No es que no comprenda los otros niveles, pero la prioridad apunta a los niveles secundario y terciario. No veo en éste, ni en los otros proyectos, una definición clara sobre cómo se van a utilizar los recursos en áreas primarias. Sé que esto viene por intermedio del presupuesto de Salud Pública, pero el aporte que hace el Senador Heber Da Rosa para que exista una precisión en este artículo, tiene que ver con priorizar y definir recursos hacia el nivel de atención primaria. Me parece que esa es la base del éxito de todo el proyecto, en general.

SEÑOR CID.- Una afirmación que no comparto es que queda claro que se va a financiar el segundo y tercer nivel, porque en ningún lado se dice eso. Se habla de atención integral y lo integral -vuelvo a repetirlo por si no quedó claro- comprende la atención primaria en salud. Hay una filosofía conceptual de este proyecto de ley que es fortalecer la atención primaria de la salud, cosa que muchos países del primer mundo no tienen y que están empezando a desarrollar ahora como, por ejemplo, Alemania que recién en estos momentos está comenzando a fortalecer el primer nivel. La filosofía de este proyecto es fortalecer el primer nivel. Debemos reconocer que el país no está mal en el segundo y tercer nivel -tiene buenos resultados, no es ineficiente o ineficaz y es comparable con cualquier otro país del mundo- pero tenemos una enorme carencia en la atención primaria; tanto es así que el primer concurso que se realizó desde antes de la democracia fue para convocar a 200 médicos de atención primaria en salud, quienes ya están investidos. Quiere decir que ahí hay una señal bien práctica -no política- de que existe un privilegio a ese nivel.

Con respecto a lo que plantea el señor Presidente de la Comisión -que habíamos quedado en discutir con posterioridad, pero la discusión se abrió ahora- quiero decir que nosotros compartimos la filosofía; lo que no queremos es entrar en el detalle de cómo se asignan los recursos. En ese sentido, le puse un ejemplo muy claro al señor Presidente, Senador Da Rosa que, como ex Intendente -al igual que el señor Senador Antía- debería conocer. Aquí se genera un área de conflicto clara porque la Intendencia tiene la potestad de designar funcionarios en forma inconsulta para las policlínicas -que, como dice el señor Senador Antía, muchas de ellas son de la misma Intendencia- los que van a ser

financiados por ASSE. Otra área de conflicto clara puede ser que las Intendencias decidan no prestar más atención médica.

Por eso se deben buscar los mecanismos necesarios de coordinación a través de la Junta Nacional y los representantes locales -ya sean barriales o de las Intendencias- de manera que se generen ámbitos de complementación. Aclaro que la intención no es que quede en peores condiciones lo que ya está funcionando, sino que se fortalezca, justamente en estos niveles de atención primaria.

SEÑOR COURIEL.- Simplemente deseo complementar lo expresado por el señor Senador Cid.

Creo que lo que aporta el artículo propuesto por el señor Presidente de la Comisión es la participación del ámbito municipal y no lo relativo a la atención primaria. Digo esto porque, si se leen los artículos 31 y 32 del proyecto, se puede ver que la atención primaria está nítidamente definida. Por un lado, el artículo 31 comienza diciendo: "El Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención", y continúa estableciendo qué es lo que se entiende por atención primaria. Luego, el artículo 32 se refiere a cómo está constituido el primer nivel. Por lo tanto el proyecto es clarísimo y nítido con respecto a la atención primaria.

SEÑORA XAVIER.- Creo que la discusión que hemos tenido ha sido muy rica y hay algunas expresiones que pretenden crear algún antagonismo que, en lo sustancial, no existe, por lo menos en los temas de definición básica. Lo que sí hay -y va a haber a lo largo de la discusión de todo el articulado de una reforma de esta naturaleza- es una tensión natural por parte de todos los integrantes de la Comisión respecto a hasta dónde avanzar en el plano de la ley. No debe olvidarse que se trata de una reforma que no tiene antecedentes en el Uruguay, que es extremadamente compleja y que tiene una potencialidad extraordinaria porque, si tejemos la red que comienza a definirse en el artículo 31 y que propone el 35, vamos a tener la mayor red asistencial de primer nivel de toda América Latina, y eso no es compararse con lo peor. Es una capacidad y una potencialidad extraordinarias que puede tener el sistema de salud.

Entonces, me parece que este debate ha tenido muchas aristas en las que se puede sacar mucha punta, pero no creo que haya habido posiciones antagónicas respecto de lo sustancial.

Con relación al tema de los datos, quiero comentar -porque no sé si se habló de esto en algún momento en que yo no estuve- que en la carpeta tengo un libro del Fondo Nacional de Recursos y un correo electrónico dirigido al secretario Paysée -que está enfermo- con una serie de datos que se habían solicitado, creo que por parte del señor Senador Luis Alberto Heber. No sé si habrá alguna otra publicación a las que hace referencia el señor Senador.

SEÑOR ALFIE.- Esa comunicación vino pero no contiene los datos que pedimos. A nuestro entender, son datos laterales a los que habíamos solicitado; en realidad, responden a otra inquietud.

SEÑORA XAVIER.- La pidió el señor Senador Heber.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, el artículo quedaría desglosado, de acuerdo a la voluntad manifestada por los señores Senadores.

SEÑOR CID.- En función de que la Comisión de Salud Pública resolvió reunirse a continuación de esta sesión, quisiera proponer -si no hay ningún señor Senador anotado para hacer uso de la palabra- que se levante la sesión para permitirnos tratar el tema planteado por el señor Senador Antía.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción formulada.

(Se vota:)

10 en 10. Afirmativa. **UNANIMIDAD.**

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 11 y 52 minutos)